

Nome do (a) Proponente _____



Nome do (a) Responsável _____

CPF _____

Data de Nascimento _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. Sofre de tumores, sejam benignos e/ou malignos (câncer) qualquer que seja a natureza (inclui-se linfomas, leucemias, entre outros)?	() Não () Sim
2. Realiza quimioterapia, radioterapia, braquiterapia?	() Não () Sim
3. Sofre de algum tipo de doença neurológica crônica (Alzheimer / Demência / Sequela AVC / Doenças neurodegenerativas / entre outros)?	() Não () Sim
4. Está acamado ou apresenta algum tipo de dificuldade de mobilidade?	() Não () Sim
5. Sofre de algum tipo de problema vascular (trombose / obstruções arteriais / varizes, entre outros)?	() Não () Sim
6. Sofre de algum tipo de problema cardíaco (infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, entre outros)?	() Não () Sim
7. Possui marcapasso e/ou desfibrilador cardíaco?	() Não () Sim
8. Sofre de problemas renais e/ou urológicos (tumores de próstata, por exemplo)?	() Não () Sim
9. Realiza diálise e/ou hemodiálise?	() Não () Sim
10. Tem indicação para realizar algum procedimento e/ou cirurgia?	() Não () Sim
11. Possui próteses (pinos, placas, parafusos, prótese mamária, prótese auditiva central, entre outros) (exclui-se prótese dentária)?	() Não () Sim

12. Utilizou ou utiliza algum tipo de medicamento de alto custo, de acordo com as regras previstas na Lei 9656/98 e resoluções da ANS?	() Não () Sim
13. Proponente internado?	() Não () Sim
14. Sofre de alguma doença ou tratamento não descrito ou não mencionado acima?	() Não () Sim
15. Proponente em período gestacional?	() Não () Sim

Tenho ciência que os medicamentos de alto custo serão fornecidos pela Operadora de acordo com as regras previstas na Lei 9.656/98 e resoluções da ANS, podendo ser aplicadas carências de 730 (setecentos e trinta) dias.

Estou ciente que de acordo com a Lei 9.656/98, e resoluções da ANS não há cobertura obrigatória para atendimento domiciliar.

Condições do preenchimento da Declaração de Saúde

- Declaro que fui orientado por médico credenciado pela Prevent Senior, sem custo algum.
- Declaro que fui orientado por médico particular, arcando com os custos correspondentes.
- Declaro que não utilizei um médico orientador para a entrevista qualificada por considerar que tenho conhecimento suficiente para responder às perguntas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Local e Data

Assinatura do (a) Proponente
ou Responsável

Assinatura do (a) Médico (a)
Responsável